



INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZÁKROKEM u zletilého a způsobilého pacienta

Informovaný souhlas s:	Zárok - celotělová fototerapie - PUVA		
Pacient(ka) – jméno a příjmení:		Rodné číslo (číslo pojištění):	
Datum narození: (není-li rodné číslo)		Kód zdravotní pojišťovny:	
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)			

Informující lékař:

Zdravotní výkon:	
1)	<p>Ošetřující lékař Vám na základě aktuálního zdravotního stavu doporučil světloléčbu. Celotělová světloléčba - fototerapie PUVA je léčebná metoda, při které se kůže kontrolovaně ozařuje částí ultrafialového záření, které je součástí přirozeného slunečního záření - UVA v kombinaci s látkou, která zvýší citlivost kůže k ultrafialovému záření. Tato látka se podává ve formě tablet nebo lokálně ve formě roztoku nebo krému. Před zahájením léčby se provede oční vyšetření a krevní testy (krevní obraz, jaterní testy), u žen musí být vyloučena gravidita. Individuální doporučená dávka Oxsoalenu tbl. se užije 2 hodiny před ozářením, pro lepší toleranci s malým množstvím jídla. Pokud by se objevila nevolnost nebo zažívací obtíže, musí být lékař informován. Po užití tablet Oxsoalenu je nutné nepřetržitě používat brýle s ultrafialovým filtrem do nemá být po? dobu nejméně 8 hodin. Současně je nutné vyvarovat se slunečnímu záření po dobu nejméně 8 hodin. Před ozářením dostanete ochranné brýle s ultrafialovým filtrem, které budou po dobu ozáření chránit Váš zrak před UV paprsky. Použití ochranných prostředků je absolutně nutné! Textilii překryvejte části těla, které jsou náchylné ke spálení (obličej, genitál, ženy prsa) .O vhodnosti léčby a dávkování rozhoduje lékař, který před zahájením a v průběhu ozařování provádí kontroly. Zdravotní sestra postupuje podle doporučení lékaře, zapne ozařovací přístroj a nastaví ordinovanou dávku záření. Ozařování je kontraindikované u osob s epilepsií, kožními nádory a atypickými pigmentovými névy, u osob s probíhajícím nádorovým onemocněním nebo léčeným radioterapií, není vhodné při dekompenzaci hypertenze, srdečním selháváním, při infekčních onemocněních a horečnatých stavech. Metodu PUVA nelze provádět při onemocnění jater, ledvin, chudokrevnosti, porfyrii, lupusu, v těhotenství. Dále nelze provádět u osob přecitlivělých na UV záření a při užívání léků, které vyvolávají fotoalergickou nebo fototoxickou reakci. Během léčby může dojít k různě intenzivnímu zčervenání pokožky provázeným pálením a svěděním, může se zvýšit suchost kůže. Vyjimečně se objeví puchýře, spálená místa jsou oteklá a bolestivá. Může dojít k úžehu, kdy kromě spálení kůže bolí hlava a postižený zvrací a má průjem. Při nepoužití ochranných brýlí hrozí poškození oční sítnice, zánět spojivek. Při užívání Oxsoalenu jsou nejčastějšími nežádoucími účinky nevolnost, zvracení, bolesti hlavy, nervozita, nespavost, přecitlivělost na sluneční záření, odbarvení vlasů. Dále může dojít k poškození krvevotvorby, poškození jater, poškození ledvin. Při opakovaném vystavení kůže UVA záření existuje zvýšené riziko vzniku kožních nádorů (melanomu, basaliomu a spinaliomu). Existuje také zvýšené riziko vzniku změn vedoucích později ke kožním nádorům, jako jsou solární keratosy. UVA záření urychluje stárnutí kůže. Může dojít k nepravidelnému zbarvení kůže i k dalším změnám. Lékař vede záznam o prováděné léčbě a aplikované dávce záření, kterou je nutné evidovat i při přechodu na jiné pracoviště. Celoživotní léčebná dávka UVA záření je limitovaná. </p>
2)	Celotělové ozařování ultrafialovým zářením je jednou z účinných léčebných metod řady kožních onemocnění a je alternativou systémově podávaných léků

3)	Přístrojovou světloléčbu nelze kombinovat s přírodním sluněním nebo návštěvou solaria z důvodu kumulace ozáření a zvýšení rizika spálení kůže. Zvýšená suchost kůže může vyžadovat častější aplikaci promazávacích přípravků. Po užití tablet Oxoralenu je nutné nepřetržité používání brýlí s ultrafialovým filtrem do dobu nejméně 8 hodin. Současně je nutné vyvarovat se slunečnímu záření po dobu nejméně 8 hodin. V průběhu léčby Oxoralenem je nežádoucí otěhotnění, zajistěte si bezpečnou antikoncepci. Při horší toleranci léčiva můžete být částečně omezen v pracovních, rekreačních a společenských aktivitách.
4)	Při ozařování dodržujte pokyny sestry. Při ozařování používejte ochranné brýle, které Vám vydá sestra. Textilii překrývejte části těla, které jsou náchylné ke spálení (obličej, genitál, ženy prsa). Bez vědomí lékaře také neošetřujte kůži žádným přípravkem. Před zahájením léčby vždy informujte kožního lékaře o všech lécích, které užíváte, během léčby pak lékaře informujte o případných změnách v užívání Vašich léků. Lékař musí být správně informován též o všech užívaných potravinových doplncích a o každé změně celkového zdravotního stavu. V případě otěhotnění musí být léčba ukončena a lékař neodkladně informován. Všechny obtíže hlase lékaři nebo sestře před dalším ošetřením.
5)	Pacient se svobodně rozhodl o postupu při poskytování zdravotních služeb.

Pacient potvrzuje a svým podpisem stvrzuje, že poučení mu bylo výše uvedeným lékařem osobně, srozumitelně, ústně a v dostatečném rozsahu vysvětleno, že měl čas a možnost je uvážit, porozuměl mu a měl i možnost klást doplňující otázky, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám a tyto mu byly srozumitelně a v dostatečném rozsahu zodpovězeny a že již dříve byl seznámen se svým zdravotním stavem.

Pacient rovněž potvrzuje a svým podpisem stvrzuje, že mu byl vysvětlen důvod, předpokládaný prospěch, možná rizika komplikace výkonu, byly mu také vysvětleny možné alternativy výkonu a zdravotní důsledky jeho nepodstoupení a nemá žádné nejasnosti.

Pacient dále potvrzuje a svým podpisem stvrzuje, že souhlasí s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a že mu rovněž bylo vysvětleno, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

Místo podpisu:

Datum a čas:

Podpis lékaře:

Podpis pacienta:

Varianta pro případ pacienta, který se nemůže podepsat nebo se odmítá podepsat:

Pacient odmítl podepsat informovaný souhlas. / Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:
(*například: schopnost jemných pohybů ruky a pevného ovládní prstů jsou viditelně podstatně omezeny*)

Pacient projevil svůj souhlas tak, že:
(*například: ústně potvrdil všechna jednotlivá prohlášení*)

Místo podpisu:

Datum a čas:

Podpis lékaře:

Jméno svědka:
(není-li svědek pracovníkem zdravotnického zařízení, uvede se adresa a datum narození svědka)

Podpis svědka: